

29

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1900, à 1 heure

PAR

M^{lle} **SOROKER**

LA FREQUENCE DU REIN MOBILE

Chez les femmes atteintes de Maladies génitales

Président : M. POUCHET, Professeur

HENRIOT, Agrégé

Juges MM. MARFAN, Agrégé.

LAUNOIS, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1900, à 1 heure

PAR

M^{lle} **SOROKER**

LA FREQUENCE DU REIN MOBILE

Chez les femmes atteintes de Maladies génitales

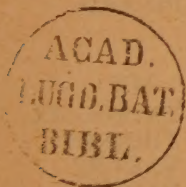
Président : M. POUCHET, Professeur.

HENRIOT, Agrégé.

Juges : MM. } MARFAN, Agrège.

LAUNOIS, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants.....	HAYEM.
Clinique des maladies syphilitiques.....	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	GRANCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....	FOURNIER.
	JOFFROY.
Clinique chirurgicale.....	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	DUPLAY.
Clinique des voies urinaires.....	LE DENTU.
Clinique d'accouchement.....	TILLAUD.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MON FRÈRE ICHEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Dans le courant de nos études médicales, il nous est arrivé de voir très souvent des femmes venir consulter pour divers malaises, dont les causes leur échappaient. Beaucoup se plaignaient disant qu'elles ont une bête, qui se promène dans le ventre. Cela nous a frappé et nous a donné l'idée d'étudier cette intéressante question, et, encouragés par notre maître M. le Dr Siredey nous avons fait des recherches sur le rein mobile et sa coïncidence avec les maladies de l'utérus et de ses annexes.

Nous présentons nos vifs remerciements à notre cher maître M. le Dr Siredey, qui nous a guidés dans nos recherches et qui pendant notre stage n'a jamais cessé de nous témoigner sa bienveillance.

L'affection décrite sous le nom de rein mobile, ectopie rénale ou rein flottant est connue depuis fort longtemps. Depuis les travaux déjà anciens de Rayer, de Cruveilhier, de Trousseau, de Lancereaux, on sait que dans certaines conditions, le rein peut quitter sa situation normale et ses rapports physiologiques, qu'il peut descendre de l'hypochondre dans l'abdomen, devenir un rein mobile. Mais depuis une douzaine d'années, de très importantes recherches sont venues transformer ce chapitre de la science médicale, et montrer qu'il s'agissait là d'un processus très

fréquent, ayant un déterminisme pathogénique des plus net et méritant une des premières places dans l'histoire des ptoses viscérales, d'où le nom très approprié de néphroptose, qui lui a été donné par Glénard et qui met nettement en valeur la prédominance du phénomène du prolapsus sur celui de la mobilité. En 1885, avant les recherches de M. Glénard, le nombre de cas de rein mobile relevé dans la science depuis 1839 était de 605, c'est-à-dire une proportion de 1 à 2 pour 100. Dans le groupe des maladies de nutrition, où le rein mobile n'avait jamais été trouvé ni soupçonné, Glénard grâce à ses recherches est arrivé à une proportion de 14 pour 100. Il a publié, en 1885 des observations indiquant 22 cas de rein mobile et ce chiffre s'éleva en 1887 à 148 cas, en 1889 à 215 cas, en février 1893 à 481 cas, en décembre 1893 à 537 cas, sur un total de 4225 malades chez lesquels le rein mobile n'avait jamais été signalé. Ce chiffre de 537 à 60 près égal au chiffre de 605 relevé de 1839 à 1885.

La fréquence du rein mobile est beaucoup plus marquée chez la femme, que chez l'homme. Outre la grossesse et la menstruation qui prédisposent beaucoup la femme au rein mobile et dont nous parlerons dans la pathogénie de la néphroptose, elle présente en outre une prédisposition spéciale, naturelle. M. Glénard sur 3788 malades des deux sexes a trouvé 22 p. % de rein mobile chez la femme. — Lepry trouve sur 1176 cas, 87 p. % de femmes. Lindner et Kuttner pensent que 20 p. % des femmes qu'on examine sont atteintes de néphroptose. Mathieu sur 306 femmes trouve le rein mobile 85 fois, une proportion de 27 à 28 p. %. MM. Godart, Dauhieux et

Verhoogen de Bruxelles arrivent à une proportion de 46 p. %, mais leur statistique ne repose que sur 66 cas recueillis dans un service spécial des maladies de voies digestives. Sur 340 malades recueillies dans le service de notre maître M. Siredey, nous avons trouvé 85 cas de rein mobile, soit une proportion de 25 p. %. L'ectopie rénale ne se présente pas avec la même fréquence à tout âge, c'est surtout de 20 à 40 ans qu'on l'observe M. Mathieu a trouvé sur :

47	femmes de 15 à 20 ans,	6 cas de rein mobile, soit 12 %
62	— 20 à 25 — 14	— — 25 %
41	— 25 à 30 — 16	— — 40 %
42	— 30 à 35 — 13	— — 33 %
30	— 35 à 40 — 13	— — 42 %
37	— 40 à 50 — 13	— — 34 %
24	— 50 à 60 — 6	— — 25 %
16	— 60 à 70 — 3	— — 19 %
7	— 70 à 80 — 1	— — 14 %

Lindner est parvenu à des résultats analogues; sur 75 cas de rein mobile il compte :

de 15 à 20 ans	12 cas, soit 16 %.
— 21 à 30 — 18	— 24 %.
— 31 à 40 — 28	— 36 %.
— 41 à 50 — 14	— 20 %.
— 51 à 70 — 3	— 4 %.

D'après Landau, sur 100 cas relevés par divers auteurs il y en a 64 de 30 à 50 ans et 13 seulement au dessus de 50 ans. Un point curieux de l'histoire du rein mobile c'est qu'il se rencontre avec une bien plus grande fréquence du côté droit, que du côté gauche. En compulsant

les chiffres on trouve à peu près 85 à 90 pour 100 des reins déplacés à droite. Landau dans une statistique, dont les éléments sont empruntés à différents auteurs, ne relève que 12 cas de rein mobile gauche contre 152 cas de rein mobile droit, et 9 cas d'ectopie double sur 173 cas de néphroptose.

D'après M. Lancereaux et beaucoup d'autres auteurs le rein mobile est beaucoup plus fréquent chez les femmes atteintes d'une maladie génitale quelconque. Cette question est beaucoup trop importante pour ne pas nous y arrêter plus longuement. En présence d'une femme, qui au premier abord, nous impose le diagnostic d'une affection génitale, il ne faut jamais négliger de s'assurer de l'état de ses reins. Après avoir examiné son appareil génital, il faut examiner minutieusement ses reins. Pour cela il faut la mettre dans le décubitus horizontal, la tête basse, les cuisses fléchies sur le bassin et écartées, c'est la meilleure position pour mettre les muscles abdominaux en relâchement, condition nécessaire pour explorer le rein. Très souvent un seul examen n'est pas suffisant, il y a des malades chez lesquelles on n'arrive à trouver le rein mobile qu'après trois ou quatre examens. Nous insistons sur ce point parce que les symptômes des affections génitales et de la néphroptose, présentant entre eux beaucoup de ressemblance, conduisent souvent les médecins à des erreurs qui ont une influence très fâcheuse sur la santé des malades. La néphroptose étant négligée, la malade fatiguée, énervée par un traitement, qui ne visait que l'affection génitale et ne lui procurait aucune amélioration. La néphroptose continue son che-

min et nous voyons ces femmes devenir neurasthéniques, dyspeptiques ; ces malheureuses deviennent de véritables victimes ; voilà pourquoi on ne doit jamais négliger et l'examen des reins chez les génitales, et l'examen de l'appareil génital chez les néphroptosées. Nous étions tellement frappée par cette fréquence de coïncidences d'ectopie rénale et d'accidents génitaux, qu'en faisant nos recherches, nous avons trouvé sur les 85 observations recueillies dans le service de M. le docteur Siredey, 26 cas, d'une lésion rénale unie à *plusieurs* lésions génitales et 56 cas d'une lésion rénale jointe à *une seule* lésion génitale.

Sur les 26 observations on constate :

Obs. II. *Salpyngo ovarite, métrite.*

— XXV. *Antéflexion, annexite d'orig. gonococcique*

— XVI. *Antéflexion, latéroflexion.*

— XI. *Antéflexion, métrite.*

— XXVII. *Rétroflexion, rétroversion.*

— XXX. *Antéflexion, salpyngite double, vieille métrite.*

— XXXIII. *Prolapsus marqué, annexite double,*

— XXXIV. *Varicocèle, annexite gauche.*

— XXXV. *Antéflexion, antéversion.*

— XXXVIII. *Antéversion, annexite double.*

— XLIII. *Antéflexion, antéversion, hématosalpynx.*

— XLV. *Antéflexion, métrite, ptosés des ovaires.*

— XLVII. *Rétroversion, légère rétroflexion.*

— XLVIII. *Antéflexion, ovaire en prolapsus.*

— L. *Rétroflexion, rétroversion, métrite.*

— LIII. *Antéflexion, annexite double.*

— LIV. *Rétroflexion, rétroversion.*

Obs. LV. *Rétroflexion, latéroflexion droite.*

— LVI. *Rétroflexion, métrite.*

— LXV. *Antéflexion, métrite.*

— LXVI. *Antéversion, métrite hémorrhagique.*

— LXVIII. *Latéroflexion; salpyngite gauche.*

— LXXI. *Antéflexion, antéversion.*

— LXXIV. *Antéflexion légère; trompe, ovaire
gauches abaissés.*

— LXXXI. *Rétroflexion, salpyngite gauche.*

— LXXXII. *Antéflexion, métrite.*

Sur ces 26 cas on trouve 13 antéflexions 7 rétroflexions, 10 annexites, 9 métrites, 4 rétroversions, 3 antéversions, 3 latéroflexions, sur 56 femmes atteintes d'une affection unique on trouve 22 métrites, 7 annexites, 6 antéflexions, 5 prolapsus, 5 rétroflexions, 3 ptoses des ovaires, 2 antéversions, 1 rétroversion, 1 épithélioma utérin, 1 endométrite, 1 ulcération du col, 1 à la suite de laparotomie, 1 à la suite de périnéorrhaphie, 1 à la suite d'ovariotomie.

Outre ces 85 observations, nous avons examiné 18 observations, présentées dans la thèse de M. Walch, où il cite 3 hommes et 15 femmes, et sur ces 15 femmes il y en a 11 qui présentent une affection génitale. Nous avons fait la même constatation en examinant 19 observations citées dans la thèse de M. Faraggi; sur ces 19 femmes atteintes de rein mobile 10 avaient des affections génitales. M. le Docteur Siredey est arrivé à des résultats plus intéressants encore dans sa clientèle privée. Depuis 6 mois sur 31 femmes atteintes d'affections utéro-annexielles avec déviations ou flexions

ultérines, 26 femmes ont un rein mobile. La proportion (85 %) est ici beaucoup plus élevée, que celle que nous avons constatée à l'hôpital, cela s'explique d'abord par le terrain arthritique qui est prépondérant chez les femmes du monde, qui mènent une vie peu active, et, d'autre part, chez elles l'examen est plus facile et plus complet.

SYMPTOMES DU REIN MOBILE

Chez beaucoup de femmes l'exploration du ventre nous fait découvrir un rein mobile, qui ne s'était manifesté par aucun symptôme. Il y en a qui tolèrent sans aucune gêne un rein véritablement flottant, tandis que d'autres présentent des accidents sérieux avec une mobilité restreinte. Le début de la maladie est le plus souvent lent et insidieux ; parfois les malades indiquent très nettement que le début a été brusque ; à l'occasion d'un effort, elles ont éprouvé une douleur au niveau du flanc et c'est depuis ce moment précis que les symptômes se sont développés. Les symptômes sont de deux sortes : fonctionnels, et physiques. Les symptômes fonctionnels sont : la douleur, les phénomènes nerveux et les phénomènes digestifs. Ces trois ordres de symptômes sont associés chez la même malade. La douleur éprouvée par la malade peut aller de la simple gêne accusée à l'hypocondre, surtout après la marche ou à la suite d'un effort quelconque, jusqu'à la douleur presque constante, qui rend tout travail impossible et condamne la malade au lit. Cette variété de douleurs peut s'expliquer par le tiraillement

du plexus nerveux, que détermine le déplacement rénal. Il y a un certain nombre de malades, chez lesquelles, outre la gêne ou la douleur habituelle, surviennent des crises douloureuses d'intensité et de durée variables. Parfois c'est pendant la marche ou à la suite d'un effort, que la malade éprouve une forte douleur, des irradiations, simulant la colique néphrétique ; d'autres fois les phénomènes douloureux locaux et les phénomènes reflexes ont valu au syndrome le nom d'étranglement renal ; les vomissements, les lipothymies, le facies grippé, indiquent la gravité de cet accident.

Ces crises douloureuses sont dues suivant la plupart des auteurs au tiraillement du plexus nerveux. D'autres, avec Landau, pensent que la coudure des vaisseaux du rein et la congestion consécutive de l'organe suffisent à les expliquer. Ces douleurs s'irradient le plus souvent vers le bas ventre, les aines, les cuisses. Pour mieux faire voir la ressemblance des symptômes du rein mobile et des maladies génitales, nous tâcherons de parler en même temps des symptômes des affections génitales. La métrite peut aussi comme le rein mobile être ou n'être pas accompagnée de douleurs. Les métrites catarrhales, qui sont le plus souvent des métrites glandulaires, présentent parfois uniquement une leucorrhée abondante, mais ces malades accusent tout au plus une sensation de pesanteur dans le bassin. La leucorrhée n'est pas rare chez les femmes atteintes de rein mobile ; on trouve même de petites hémorrhagies utérines chez ces femmes en dehors de toute affection génitale. D'un autre côté, les malades frappées de lésions génitales se plaignent particulière-

ment de deux régions douloureuses : la région rénale et les aines. Les douleurs inguinales sont le plus souvent dues à la propagation de l'inflammation des annexes ; quant aux douleurs des reins, qui sont parfois assez vives pour empêcher tout espèce de travail, ce n'est pas l'endométrite à elle seule, qui les engendre le plus souvent ce sont la rétroversion ou un léger degré de prolapsus qui les provoquent. La leucorrhée dont nous avons parlé plus haut, la dysménorrhée, la ménorrhagie, la métrorrhagie peuvent se rencontrer aussi, mais non avec la même fréquence, chez les malades atteintes du rein mobile. Quant aux troubles nerveux rencontrés chez les néphroptosées, ils peuvent être qualifiés de nervosisme, de neurasthénie ou d'hystérie. Etudiant leur pathogénie, on désignera les phénomènes sous la vague dénomination de nervosisme, quand les troubles nerveux se traduisent par l'irritabilité et l'impressionnabilité du caractère, ou consisteront en névralgies, palpitations phénomènes dyspeptiques etc., si dans ces cas il n'existe pas de stigmates d'hystérie ou de neurasthénie. Ces troubles nerveux ressemblent beaucoup à ceux que ressentent les femmes atteintes d'affections de l'appareil génital interne. D'après Albarran il semble plus simple d'admettre que les affections utéro-ovariennes et le rein mobile, coïncidant souvent en raison de leur fréquence, chacune de ces lésions retentit séparément sur le système nerveux et augmente l'impressionnabilité de la malade, la rend plus sensible aux effets de la lésion surajoutée. Il faut chez les femmes atteintes de néphroptose explorer l'appareil génital interne et s'efforcer, si on

y trouve des lésions, de rattacher les symptômes à leur véritable cause.

Souvent les troubles nerveux présentent des caractères de la neurasthénie ou de l'hystérie ; on observe chez ces malades plus ou moins de stigmates psychiques, sensoriels, sensitifs ou moteurs, qui caractérisent cette névrose. Souvent à la suite d'un examen les effets ne sont pas rattachés à leur véritable cause. Il faut distinguer 1° les accidents nerveux antérieurs au rein mobile, qui persistent ou s'aggravent et 2° les accidents consécutifs au déplacement rénal ; Schiffer cite quinze cas où il a vu l'hystérie se développer à la suite du rein mobile ; Albarran a observé deux cas dans lesquels la neurasthénie était consécutive à la néphroptose. D'après lui, toutes les néphrophoses ne deviennent pas neurasthéniques ou hystériques ; il faut que la cause déterminante agisse sur un terrain préparé par l'hérédité neuropathique.

Ces mêmes troubles nerveux se rencontrent chez les femmes atteintes de maladies génitales. Outre les névralgies faciales et intercostales, qu'on a attribuées à des lésions utérines, on voit que ces femmes sont dans un tel état d'irritabilité qu'elles souffrent pour ainsi dire de partout, surtout au moment des époques. La plupart des anciens gynécologues comme Courby, Aran, Bernutz, Gallard ont beaucoup insisté sur la fréquence et l'intensité des troubles nerveux, mais à cette époque cette névrose était confondue avec l'hystérie, quoique dans leurs descriptions on trouve un grand nombre des phénomènes imputables à la neurasthénie. Mathieu a donné dans son travail une excellente esquisse de la neurasthé-

nie génitale. M. le Dr Siredey dans son travail « Neurasthénie utérine » dit que la neurasthénie est la plus fréquente de toutes les manifestations nerveuses des maladies de l'utérus et des annexes. D'après lui il y a deux formes de neurasthénie génitale.

Forme primitive, celle où les affections de l'utérus et des annexes se greffent sur un terrain neurasthénique, et dans ce cas la neurasthénie tend à disparaître et les accidents utérins prennent le premier rang. Puis une forme de neurasthénie secondaire où on voit la neurasthénie apparaître chez des femmes atteintes de maladies génitales, qui, en s'effaçant, cèdent leur place à la neurasthénie. La neurasthénie se développe principalement au cours des affections chroniques de l'appareil génital ; dans les affections d'importance minime, les malades ont déjà présenté depuis un temps assez long la neurasthénie. Pour expliquer comment l'affection génitale retentit sur le système nerveux central, on a fréquemment invoqué les anastomoses des nerfs, qui vont à l'appareil génital avec les plexus lombaire et sacré, avec les rameaux du grand sympathique et avec l'innervation des viscères. Depuis quelque temps on attribue une importance aux sécrétions glandulaires de l'appareil génital. Pour Aran la menstruation est un véritable émonctoir, dont la suppression et la perturbation jouent un certain rôle dans les phénomènes généraux des maladies utérines. Chrobach a démontré que l'ovariotomie entraîne des troubles sérieux dans l'organisme, surtout des accidents du système nerveux. Keiffer en 1897 a expliqué par des phénomènes d'auto-intoxication les phénomènes qui succè-

dent quelquefois à la suppression des règles; il a comparé l'excrétion menstruelle à la sécrétion de l'urine et de la sueur. Les troubles digestifs, qu'on rencontre chez les néphroptosées présentent trois variétés.

1) Troubles par compression mécanique qui ne sont pas fréquents; Kidd a observé 4 cas d'obstruction intestinale due à la compression de l'intestin par le rein mobile.

2) Troubles dus à des phénomènes nerveux réflexes, dépendant du rein; ils sont très fréquents; tantôt les malades présentent une dyspepsie atonique avec constipation accompagnée ou non de dilatation stomacale par atonie réflexe; tantôt elles présentent des crises gastriques avec hyperchlorhydrie, ou des crises de vomissement sur lesquels a insisté M. Mathieu.

3) Accidents digestifs qui reconnaissent comme cause l'enteroptose souvent associée au rein mobile. Chez un certain nombre de malades il y a un relâchement général des moyens de soutien des viscères abdominaux; chez eux l'enteroptose domine et ce n'est plus à la mobilité rénale que sont dus les phénomènes accusés par les malades, mais à l'enteroptose. Dans ce cas le rein mobile n'est qu'un épiphénomène de la maladie principale. Il y a un nombre plus considérable de malades chez lesquels on ne constate pas d'enteroptose et chez ceux-là les symptômes ne sont que sous la dépendance du rein mobile.

Très souvent on se trouve en présence de ces troubles digestifs chez des femmes atteintes d'une affection génitale. G. Braun, Imbach ont décrit une dyspepsie utérine. M. Pozzi pense que les lésions utérines peuvent engen-

drer la dilatation de l'estomac. Comme les femmes atteintes de maladies de l'appareil génital sont presque toujours neurasthéniques, elles sont aussi souvent atteintes de dyspepsie gastro-intestinale, si fréquente chez les neurasthéniques et décrite par M. Mathieu. Ces malades se plaignent de pesanteur, de malaise une heure après les repas, de ballonnement de l'estomac, de renvois gazeux, de diminution d'appétit. La constipation est la règle dans la plupart des affections chroniques de l'appareil génital. L'utérus retroversé, retrofléchi, les diverses tumeurs de l'utérus par compression du rectum expliquent bien cette constipation, qui est encore aggravée par le séjour au lit.

L'entérite muco-membraneuse, qui est fréquente chez les neurasthéniques, se rencontre aussi chez les femmes atteintes de maladies génitales, mais avec cette différence, qu'elle commence par le rectum, au lieu de commencer par le côlon. On constate des phénomènes inflammatoires au cours des affections utérines et péri-utérines qui se caractérisent par du tenesme, une sensation de brûlure, des selles glaireuses; il semble qu'il y a propagation à l'intestin de la phlegmasie utérine et ces accidents peuvent devenir le point de départ de l'entérite muco-membraneuse.

SIGNES PHYSIQUES

Il faut avant tout constater la mobilité rénale, quelquefois cela est très facile, mais souvent on éprouve de véritables difficultés dans sa recherche. Le procédé de Glenard permet de bien diagnostiquer la néphroptose même lorsque le déplacement n'est pas très accentué. La malade étant dans la position dont nous avons parlé plus haut, on place la main au-dessous des côtes, on embrasse le flanc entre le pouce placé en avant et les autres doigts en arrière, on invite la malade à respirer profondément et pendant l'inspiration on sent que le rein descend et se place entre les doigts; même dans les degrés les plus légers du rein mobile, on le sent sans pouvoir le saisir; si la mobilité est plus grande on sent le pôle supérieur sous les côtes, alors on peut le saisir avec les doigts et l'empêcher de remonter. Dans les cas difficiles, il est préférable d'examiner les malades dans la station debout; par son propre poids le rein descend et il est alors plus facile de le sentir; dans les cas de déplacement très prononcé, lorsqu'il est tout à fait flottant, on le trouve dans l'abdomen, et les malades indiquent parfois elles mêmes très bien comment il

faut le chercher. C'est dans les environs de l'ombilic et à droite qu'on le trouve parfois ou dans la fosse iliaque; rarement il dépasse la ligne médiane. Souvent il est réductible, d'autres fois il est irréductible.

Le rein peut également remonter, se placer sur la face antérieure du foie, en formant comme une tumeur, qui fait penser à un cancer du foie, ou descendre dans la fosse iliaque et similer un kyste de l'ovaire; souvent il se met aussi dans la position transverse; les cas les plus douloureux sont ceux où on le trouve en antéflexion. Les douleurs peuvent s'accompagner d'une augmentation de volume du rein, qui reprend ses dimensions après l'accès; les états douloureux ont été diversement interprétés; considérés autrefois, comme la conséquence d'un état congestif, on les range aujourd'hui parmi les phénomènes d'hydronéphrose intermittente, à cause de la coudure de l'uretère, produite par la luxation du rein. Quand l'augmentation et la diminution de volume de la glande sont en rapport avec l'émission des urines, pendant et après la crise, on peut mettre ces différences sur le compte d'une rétention temporaire du liquide dans le rein; mais quand cette corrélation fait défaut, on est obligé d'admettre une congestion rénale avec accidents névralgiques, lesquels donnent une polyurie. Ces accès se répètent plus ou moins souvent: tous les quinze jours, tous les mois, et par leur gravité exigent une intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC

Après avoir parlé des symptômes surtout généraux de la néphroptose et des affections génitales, il n'est pas difficile de conclure que le diagnostic du rein mobile est très délicat. Que de fois les effets ne sont pas rattachés à leur véritable cause ! Très souvent les malades, se plaignent de douleurs dans le bas ventre, dans les aines, de pesanteur, de leucorrhée et même de petites hémorrhagies ; elles présentent des troubles généraux avec nervosisme et dyspepsie, on les examine du côté de leur appareil génital, que l'on trouve sain dans la plupart des cas ; on se demande où siège la cause de ces troubles, et en approfondissant, on trouve le rein mobile.

Très souvent comme l'a constaté notre maître, M. le docteur Siredey et beaucoup d'autres auteurs, les deux lésions peuvent se rencontrer simultanément ; les erreurs sont alors faciles et il n'est pas rare de voir attribuer au rein mobile des troubles imputables aux lésions génitales. En somme en faisant le diagnostic de la néphroptose et des affections génitales, il faut bien distinguer trois cas : 1^o quand le malade se présentant avec des symptômes d'une

lésion génitale, s'assurer qu'il n'existe pas un rein mobile ; 2° Si les malades se présentent avec un rein mobile, voir s'il n'existe pas de lésions génitales ; 3° Si la malade présente la coïncidence de deux lésions rénale et génitale, il faut attentivement les examiner et essayer de remettre les symptômes imputables à chacune de ces deux affections, à leur véritable cause.

Outre les maladies génitales, il y en a d'autres et dont le diagnostic différentiel présente des difficultés. Les crises douloureuses peuvent simuler la colique néphrétique ; c'est parfois la même douleur, les mêmes irradiations sur le trajet de l'urètre, vers les organes génitaux et vers les membres inférieurs ; il ne faut pas oublier que la lithiase urinaire peut coïncider avec le rein mobile. D'autres fois les douleurs dues à la mobilité rénale avaient fait penser à la colique hépatique. Que de malades sont traités pour des gastrites, des gastralgies, qui ne sont que des néphrôptosées...

Une fois le rein mobile constaté, il ne faut pas le confondre avec les autres tumeurs abdominales mobiles comme lui. La réductibilité du rein dans la fosse lombaire est un signe, qui appartient en propre à la tumeur rénale, mais malheureusement ce caractère peut faire défaut. Un autre moyen qui a donné des meilleurs résultats à M. Albarran c'est le phonendoscope, lequel dans les cas de tumeurs abdominales, qui peuvent être confondues avec le rein mobile, permet de constater, que le rein se trouve à sa place. La rate mobile se reconnaît par son contact avec la paroi abdominale et se termine

par un bord tranchant ; un lobe flottant du foie se reconnaît par l'arête tranchante de son bord inférieur et la continuité de sa matité avec la matité hépatique.

La vésicule biliaire distendue peut être difficile à distinguer du rein mobile, d'autant plus que ce phénomène peut s'accompagner souvent de lithiasse biliaire ou d'ictère ; cette tumeur se distingue par sa forme, qui est plus franchement ronde, non réductible, peu mobile et que la matité se continue avec celle du foie. M. le Docteur Rendu a rapporté une observation d'une malade, souffrant depuis des années de crises gastralgiques très douloureuses ; elle avait de l'ictère et en même temps on constata une tumeur prise pour la vésicule biliaire dilatée ; on avait même décidé l'opération de la cholécystotomie, quand une exploration attentive fit reconnaître, que cette tumeur n'était autre chose que le rein mobile. Dans tous ces cas, pour éviter l'erreur, le diagnostic ne peut être fait que par la recherche attentive des signes physiques de la néphroptose. Le rein mobile constaté il faut établir jusqu'à quel point les phénomènes accusés par la malade sont sous la dépendance de la néphroptose. Très souvent on constate la coïncidence d'hépatoptose et de néphroptose, sur 80 observations de Glenard, les malades atteintes d'hépatoptose présentent en même temps de la néphroptose. Les tumeurs du mésentère toutes médianes, mobiles, sonores à leur face antérieure, ne sont pas franchement réductibles. C'est cette réductibilité lombaire parfaite, qui manque dans les kystes pédiculés de l'ovaire, kystes dermoïdes, peu volumineux, mobiles. Si on se trouve en présence des signes d'entéroptose, de

bilatéralité du déplacement rénal et de prolapsus viscéraux multiples, dans ces cas il faut, par un examen détaillé, établir le bilan exact des accidents imputables à chacun des organes, pour pouvoir distinguer à quelles causes attribuer les accidents soit à l'appareil digestif soit aux reins.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Nombreuses sont les causes qu'on a invoquées pour expliquer la mobilité rénale. Le corset était incriminé par Cruveilhier, Lepage lui fait aussi jouer un grand rôle. Le foie comprimé et refoulé en bas par le corset chasse le rein de sa loge ; Jourbaud, au contraire, rencontre le rein mobile chez des femmes, qui n'ont jamais porté de corset. Le traumatisme sans être jamais la cause unique de la mobilité rénale et une cause fréquente de son apparition. Veisker et Hertzka font jouer un grand rôle à la pression intra-abdominale, comme moyen de fixation des viscères de l'abdomen et surtout du rein. C'est ainsi qu'agissent les grossesses multiples. Les grossesses répétées jouent un rôle important dans l'étiologie du rein mobile, ce qui est facile à comprendre par la flaccidité des parois du ventre, qui en est la conséquence et la diminution de la pression intra-abdominale ; aussi le plancher pelvien devient insuffisant. Landau sur 42 femmes a trouvé 2 nulipares. Senator sur 28 cas a trouvé 3 nulipares. L'influence nuisible de la grossesse est surtout marquée lorsque la femme est obligée de se lever trop tôt après ses couches et de se livrer à

des efforts ; toutes les causes se trouvent ainsi réunies pour la néphroptose et on comprend pourquoi dans certaines régions d'Autriche et du Holstein les femmes pauvres, qui sont obligées de travailler immédiatement après l'accouchement donnent une proportion de 10 pour 100 des néphroptosées. La prédisposition congénitale à la néphroptose a été admise par Litten, Guterback, Enald, Ochse, d'après Albarran cette prédisposition congénitale est le fait dominant dans l'étiologie du rein mobile. D'après lui la plupart des néphroptoses est le stigmate de la dégénérescence.

Wœlch et Comby ont accepté sa manière de voir. L'hérédité joue un rôle dans l'étiologie de la néphroptose ; Albarran rapporte deux cas de rein mobile héréditaire ; Stapfer rapporte un cas, où la mère et la fille avaient une double néphroptose ; puis trois cas dans lesquels les mères et les filles étaient atteintes de néphroptose. Pour Glenard, le syndrome fondamental des malades atteints de rein mobile est un syndrome digestif et non comme on le croyait jusqu'ici, un syndrome nerveux. Pour lui il y a toujours une affection digestive sous l'apparence névropathique de ce syndrome. Les caractères fondamentaux sont : périodicité des malaises, troubles du sommeil, anomalie des garde-robes. La théorie de l'enteroptose de Glenard, réduit la ptose rénale à un phénomène éventuel d'un processus plus général, le processus de splanchnoptose. Dans ce processus la ptose de l'intestin est l'élément essentiel. Ce prolapsus de l'intestin peut engendrer une affection digestive en créant des obstacles à la progression de contentat ; la gastroptose partielle, puis

totale est une conséquence inévitable ; après arrive la ptose des autres viscères. D'après A. Glenard il n'existe pas de rein mobile sans entéroptose. Drummont, un auteur anglais, a réuni 31 cas indistincts de rein mobile, et il a été frappé de la fréquence des ptoses viscérales compliquant la néphroptose M. le docteur Tuffier a mis en lumière d'une façon catégorique cette forme de rein mobile.

« Précédée, accompagnée ou suivie d'un déplacement général des viscères abdominaux constituant l'entéroptose de Glenard, la néphroptose n'est plus alors qu'un accident au milieu de cette ptose générale des viscères et des ligaments viscéraux ; c'est un facteur secondaire, il s'agit d'une insuffisance de la ceinture abdominale dont les tissus sont de mauvaise qualité et s'effondrent de toutes parts. »

D'après Albarran la coïncidence des ptoses viscérales et rénales est loin d'être constante : il a vérifié que la très grande majorité des cas est indépendante de l'entéroptose. Mathieu est de même avis. Dans ces recherches il acquit la certitude, qu'il n'y a pas de rapports constants entre la néphroptose et l'entéroptose. La mobilité anormale du rein même aux deux degrés se constate très bien chez des femmes, qui ont une paroi abdominale parfaite, chez d'autres au contraire, avec un relâchement très marqué, on ne trouve pas d'entéroptose ; Ewald, Guttman, Senator la regardent comme rare. D'après, M. le docteur Siredey, en même temps que la néphroptose simple ou double, on rencontre assez souvent l'abaissement et la mobilité du foie et l'entéroptose. Ces diverses ptoses

coïncident souvent avec les déplacements de l'utérus, version ou flexion et en particulier avec les prolapsus utérins. Aussi a-t-on considéré le prolapsus utérin comme cause du rein mobile en modifiant en quelque sorte l'équilibre des viscères abdominaux. M. le docteur Siredey reconnaît que les ptoses viscérales peuvent provoquer des douleurs dans différents points de l'abdomen et produire des phénomènes congestifs, propres à amener quelques troubles dans l'appareil génital. Il a rencontré des malades avec des reins mobiles, qui tous les mois, douze à quinze jours après la menstruation, présentaient des phénomènes de congestion du côté de l'utérus, lesquels sont caractérisés par des douleurs accompagnées ou non de leucorrhée et parfois même de petites hémorrhagies, comme au moment des époques ; ces phénomènes de congestion durent un jour. M. Hayem voit la principale cause de déplacement rénale, dans la disparition des tissus adipeux, mais on trouve souvent le rein mobile chez des gens qui présentent un réel embonpoint, tandis qu'il manque chez les tuberculeux et cancéreux arrivés au dernier degré de cachexie. D'après M. Mathieu on constate le rein mobile deux fois sur trois femmes atteintes de dyspepsie nerveuse.

M. Bouchard admet que l'augmentation de volume du foie, par la congestion répétée, consécutive à la dilatation de l'estomac, peut amener le déplacement du rein, mais on a fait observer que les augmentations de volume du foie dans les néoplasmes ou dans certaines cirrhoses, ne déterminent pas la néphroptose ; la dilatation de l'estomac est pour certains auteurs une conséquence, pour d'autres

une simple coïncidence du rein mobile. L'évacuation d'une ascite volumineuse, l'extirpation des tumeurs abdominales, agissent par un mécanisme analogue à celui de l'accouchement. L'influence de la menstruation sur les phénomènes douloureux et l'ectopie rénale consécutive a été observée par beaucoup d'auteurs. Becquet dit, qu'au moment où s'effectue la fluxion cataméniale, les reins s'associent à cette congestion des organes génitaux et se tuméfient. C'est ce fait, qui peut expliquer les douleurs des reins si souvent ressenties par beaucoup de femmes au moment des époques, surtout par les femmes qui sont mal réglées. L'ectopie rénale à la suite des menstruations est expliquée par Becquet de la manière suivante :

Le rein, particulièrement le rein droit tuméfié est rendu pesant, fait effort contre les faibles obstacles qui le retiennent et tend à sortir de sa place. Bientôt la congestion se dissipe et l'organe revient à sa position première. Une nouvelle congestion le chasse plus loin encore ; le rein à chaque congestion devient plus lourd par suite d'une résolution d'autant plus incomplète, qu'il se trouve dans une position plus déclive, se maintient plus loin de son point de départ. C'est ainsi que lentement, mais non sans souffrance, le rein apparaît libre et flottant dans l'abdomen ; Walch partage tout à fait l'opinion de Becquet.

Cette augmentation de volume et ce retrait successif de l'organe expliquent bien comment le rein distend peu à peu sa loge et devient alors sous l'influence d'un effort, d'un léger traumatisme franchement mobile. Becquet cite une observation, dans les cliniques de Trousseau,

d'une femme, qui à chaque époque menstruelle avait des douleurs lombaires, et dont le rein tuméfié, douloureux devenu plus lourd était perceptible sous les côtes. La congestion passée la glande devenait indolente et rentrait dans sa loge. Or un jour la congestion fut telle qu'une péritonite se déclare avec fausses membranes et le rein fut fixé dans la position normale. M. Potain rapporte un cas analogue à l'appui de l'opinion de Becquet. Pour le Professeur Potain le rein mobile serait toujours consécutif à des phénomènes inflammatoires. Pour Lancereaux la congestion menstruelle n'est pas suffisante pour expliquer l'apparition de l'ectopie rénale; cet auteur avec beaucoup d'autres pensent que les inflammations utérines et péri-utérines, qui coïncident souvent avec la mobilité rénale sont l'origine d'un trouble dans l'innervation des reins contribuant peu à peu au déplacement de cet organe.

D'après Landau il y a un rapport intime entre la néphroptose et les affections génitales, comme déviation, prolapsus utérin et vaginal. L'influence de ces prolapsus sur la mobilité rénale peut s'expliquer d'après lui et Volkoff par le simple tiraillement, par l'intermédiaire de l'abdomen et des uretères qui se trouvent en rapport avec l'utérus et le vagin. Il explique cette influence encore par la compression des uretères à la suite de quoi se forme l'hydronephrose et les reins ainsi augmentés de volume s'abaissent peu à peu sous l'influence de leur propre poids. M. Senator partage l'avis de Landau sur la fréquence de coïncidence des reins mobile et des prolapsus génitaux. Sur 15 cas qu'il présente, il y en a 10 de

prolapsus génitaux, Fischer-Benzon présente dans sa thèse un cas de coïncidence de prolapsus utérin avec néphroptose, mais comme elle se trouvait seulement chez des multipares qui présentent un relâchement des muscles abdominaux, il ne partage pas l'opinion de Landau et de Senator. D'après lui, la coïncidence du rein mobile est fréquente avec les versions et flexions utérines, mais pas avec le prolapsus. Hilbert cite un cas de néphroptose avec vaginocèle. Rosenstein et Eisenhart comprennent la mobilité rénale comme conséquence de prolapsus génital. Knapp est du même avis. Il attache beaucoup plus d'importance à l'antéflexion surtout accompagnée de congestion utérine, qu'à la rétroflexion, il explique cette influence de l'antéflexion par la compression, que l'utérus exerce sur la vessie et le tiraillement consécutive des uretères. Keller qui a souvent rencontré la coïncidence du prolapsus utérin, de cystocèle et de vaginocèle avec la néphroptose, dit que ces affections sont sans influence l'une sur l'autre, et d'après lui tous ces prolapsus seraient dus au relâchement des ligaments de l'abdomen.

D'après Chrobak, Thiriar. Schmidt le rein mobile est au contraire la cause des affections utéro-salpyngiennes. Voici comment Thiriar explique la filiation des phénomènes : par compression veineuse ou par action réflexe, la néphroptose déterminerait la congestion des organes génitaux internes ; cette congestion placerait l'utérus et les annexes dans des conditions de réceptivité, qui leur permettraient de subir l'action des micro-organismes venus par le vagin. La compression veineuse, qui produit d'après Thiriar la congestion de l'appareil génital s'ex-

plique pour le côté gauche à cause des connexions plus intimes de la vascularisation : nous savons que la veine utéro-ovarienne se jette dans la veine rénale, mais seulement à gauche ; à droite l'explication de cette compression n'est plus si facile et cependant le plus souvent c'est le rein droit qui est atteint. D'après Volkoff il est impossible de dire au juste laquelle de ces deux affections utérine ou rénale est la cause initiale. Souvent en examinant les femmes atteintes d'un prolapsus utérin on trouve un relâchement des ligaments abdominaux, qui ont pu être la cause du prolapsus, d'après Otte la position de l'utérus dépend de son poids, de la compression de la paroi abdominale d'une part et des muscles du périnée, du vagin et du bassin d'autre part, qui agissent comme antagonistes. Après l'accouchement cette action des antagonistes se trouve dans un état défavorable, aggravé dans les cas de déchirure du périnée. D'après Schmith la coïncidence et les rapports entre le prolapsus, rétroflexion utérine, cystocèle, rectocèle, inflammations chroniques de l'utérus et des annexes sont très fréquents, le relâchement de la paroi abdominale et pelvienne prédisposant beaucoup la femme aux prolapsus.

TRAITEMENT

La gravité du rein mobile n'est pas discutable, cependant il ne compromet que bien rarement la vie à lui seul, mais par la continuité des accidents qu'il détermine il peut devenir une cause constante des souffrances et de déchéance organique. Il y a quatre méthodes de traitement : le massage, les appareils orthopédiques, la néphrectomie, la néphroraphie. Le massage a été surtout préconisé par Kumpf dans le traitement de la néphroptose ; il recommande le massage excitant par la pression tremblotante au-dessous du rein associé au massage de la paroi abdominale. Kumpf prétend qu'on peut par le massage obtenir la rétraction du péritoine, qui amènerait la fixation de l'organe. Les appareils orthopédiques sont nombreux. Les meilleurs sont les bandages de Leiter, de Gnon et la ceinture de Glénard avec pelote rénale. Il y a des femmes qui supportent bien le corset de M^{me} le D^r Gaches-Sarrante.

Il n'est pas facile de trouver une ceinture appropriée, ce n'est qu'après plusieurs essais qu'on arrive à trouver une forme convenable. Dans un grand nombre de cas les

malades sont soulagées et une bonne ceinture fait souvent disparaître tous les symptômes de la maladie. L'opinion est unanime sur un seul point : entreprendre l'opération quand le traitement orthopédique aura échoué. D'après Albarran il ne faut pas être aussi exclusif, il conseille la ceinture, lorsque la néphrophose ne fait qu'accompagner l'entérophose et une opération en pareil cas n'est justifiée que lorsqu'il existe des symptômes qui peuvent, sans aucune hésitation, être attribués à la néphrophose, mais ici encore, la malade est obligée de porter une ceinture après son opération; dans les cas où le bandage détermine une amélioration ou même une cessation des symptômes, on peut, sauf contre indication, proposer l'opération pour ne pas obliger la malade de porter toujours une ceinture. Pour d'autres auteurs, si le bandage est insuffisant ou mal toléré, le chirurgien doit s'enquérir minutieusement des causes de l'échec et si les accidents sont bien sous la dépendance du seul déplacement du rein, on peut proposer la néphrorrhaphie. La chose la plus importante est de bien examiner les accidents et surtout leurs causes ; que de fois on voit des malades, chez lesquelles les symptômes dus au rein mobile ont été attribués à une affection génitale quelconque. On opère ces malades sans succès, car elles souffrent toujours et c'est seulement quelques temps après l'opération, qu'on s'aperçoit d'une erreur de diagnostic ; le contraire peut arriver, mais moins fréquemment. Comme gravité la néphrorrhaphie donne 1 % de mortalité.

Les résultats opératoires dépendent des principaux symptômes de la mobilité rénale. Quand la douleur est le symptôme dominant et quand elle est due exclusi-

vement au rein mobile. M. Albarran a trouvé la disparition de ces douleurs 88 p. % cas de rein mobile opérés par la néphrorrhaphie. Les troubles digestifs sont moins fréquemment guéris par la fixation ou l'opération à cause des modalités pathogéniques de ces phénomènes digestifs. Les plus mauvais résultats sont ceux qu'on obtient dans les phénomènes nerveux du rein mobile. La statistique d'Albarrana démontré, que la moitié seulement de malades sont guéris par la néphrorrhaphie, 14 p. % ont été améliorés et 36 p. % n'ont retirés aucun résultat après l'opération. Lorsque les phénomènes nerveux prédominent il faut, avant d'opérer, essayer toutes les ressources de l'orthopédie. L'opération peut non-seulement être inutile, mais nuisible.

Les phénomènes qui suivent l'opération peuvent s'aggraver. Albarran a publié une observation d'une malade hystérique, chez laquelle à la suite de la néphrorrhaphie survinrent des vomissements incoercibles; le facies grippé, le pouls rapide, des lipothymies répétées, dans trois jours la scène changea les vomissements s'arrêtèrent.

En résumé :

1° Lors des accidents douloureux ou digestifs d'ordre mécanique, essayer le bandage. Si les accidents disparaissent par le bandage donner au malade le choix entre le bandage et l'opération. Si la ceinture ne donne pas de résultats, opération.

2° Dans les cas des accidents nerveux ou neurasthénique essayer le bandage, s'il ne donne pas de résultats, opérer

3° Dans les cas d'enteroptose s'en tenir à la ceinture

et opérer, que si le rein mobile ne détermine par lui-même des accidents sérieux au-dessus des ressources de l'orthopédie. Même après l'opération il faudrait dans ce cas le port d'une ceinture.

4° Lorsque le rein mobile ne détermine pas d'accidents conseiller le port d'une ceinture.

OBSERVATIONS

I. — Couturière âgée de 54 ans. 3 enfants, 18 mois après son dernier enfant elle a commencé à avoir des pertes blanches abondantes. douleur d'estomac, constipation intense. Prolapsus utérin. Rein droit mobile.

III. — Couturière âgée de 43 ans. Bien réglée depuis 16 ans. Trois grossesses. Accouchement prématuré à la suite d'une chute. Douleurs dans les reins, depuis 1 an souffre en urinant. Quelques pertes blanches en février dernier. Utérus antéfléchi Col entr'ouvert, lèvre antérieure allongée, rein mobile.

VI. — M^{me} B..., âgée de 49 ans. Réglée à 17 ans. Deux enfants. Une fausse couche, douleurs dans le bas ventre en marchant, qui cessent quand la malade est couchée. Douleurs aux reins. Prolapsus utérin. Rectocèle, cystocèle. Rein flottant.

VII. — M^{me} B..., âgée de 64 ans. Réglée à 17 ans. 3 enfants pas de fausse couche depuis 7 ans prolapsus utérin. Polype urétral. Atrophie du vagin. Hépatonéphroptose.

IX. — M^{me} B..., âgée de 31 ans. Réglée à 13 ans. Quatre enfants, deux fausses couches. Il y a 9 mois la malade a commencé à perdre abondamment et sans discontinuer. Les pertes ont duré quelque mois. Depuis pertes blanc-rosées, très fétides,

sensation de pesanteur dans le bas ventre. Très nerveuse. Épithélioma du corps. Rein flottant.

X. — M^{me} B..., âgée de 25 ans. Régée à 15 ans. Pas d'enfants ; pas de fausse couche. Règles régulières, abondantes. Douleurs aux reins et dans le bas ventre, depuis 6 semaines tiraillement d'estomac. L'année dernière hémorrhagie. Utérus gros. Col long rétro-versé, adhérent, sans rétroflexion. Neurasthénie. Ptose rénale.

XI. — M^{me} B..., âgée de 28 ans. Quatre enfants, il y a 4 mois fausse couche. Bien réglée, pertes blanches. Douleurs lombaires ; dyspepsie. Gros col. Métrite avec antéflexion. Rein droit mobile.

XIV. — M^{me} S..., âgée de 40 ans. Régée à 14 ans. Deux enfants. Règles par moment abondantes, douloureuses. Douleurs dans le côté et dans le ventre, douleurs dans l'estomac. Utérus rétrofléchi, rein mobile.

XV. — M^{me} B..., âgée de 33 ans, réglée à 17 ans, un enfant. Pas de fausse couche. Règles depuis son accouchement de plus en plus irrégulières, non douloureuses. Entre à l'hôpital pour douleur dans le bas ventre surtout à gauche, pertes de sang abondantes avec caillots, puis un arrêt de neuf mois. Amaigrissement depuis quinze jours. Utérus antéfléchi. Rein mobile.

XVI. — M^{me} B..., âgée de 21 ans, métrite gonococcique. Régée à 14 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche, douleurs dans les reins et dans le bas ventre au moment des règles. Bonne digestion. Utérus anté-latérofléchi. Rein droit mobile.

XIX. — M^{me} X..., âgée de 56 ans. Régée à 18 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche. soignée pour une métrite il y a quinze ans. A cette époque elle a été opérée pour un polype du col. Ménopause à 48 ans. Il y a trois ans elle a commencé à

souffrir dans le bas ventre à droite et dans les cuisses. Antéversion. Rein mobile.

XX. — Journalière, âgée de 27 ans, bien réglée depuis 13 ans. Trois accouchements, douleurs dans le bas ventre à gauche il y a six semaines. Pertes blanches depuis longtemps. Utérus mobile; salpyngite gauche, ovaire droit abaissé. Rein droit mobile.

XXV. — Fleuriste, âgée de 21 ans. Réglée à 12 ans et demi irrégulièrement jusqu'à 18 ans. Régulières depuis. Pas de pertes blanches. Utérus antéfléchi; annexité d'origine gonococcique. Rein mobile.

XXVII. — M^{me} X..., âgée de 39 ans. Réglée à 12 ans; deux enfants. Il y a 19 ans une fausse couche, menstruation régulière, douleurs dans le bas ventre depuis dix ans. Métrite. Utérus rétrofléchi et rétroversé. Rein droit abaissé.

XXX. — Ménagère, âgée de 33 ans. Réglée à 13 ans. Pas d'enfants. Pas de fausse couche, ses règles avancent de trois jours. Beaucoup de pertes, tachant le linge en jaune; pesanteur dans le bas ventre; douleurs vives depuis un mois. Utérus antéfléchi. Col mou, ancienne métrite. Salpyngite double. Rein droit abaissé.

XXXIII. — Ménagère, âgée de 33 ans. Réglée à 14 ans, 12 grossesses. Règles irrégulières depuis ses grossesses. Curetage il y a 6 ans pour métrite probable. Depuis 3 mois douleurs dans le bas ventre du côté droit. Prolapsus marqué. Utérus un peu sclérosé; annexité double; rein flottant.

XXXIV. — Fleuriste, âgée de 41 ans. Réglée à 11 ans. Deux enfants. Péritonite après la première couche. Mal réglée depuis 4 mois. Depuis douleurs dans le ventre, dans le dos et

l'épigastre, qui se sont aggravées depuis 3 mois. Nervosisme excessive; gros col utérus couché. Annexite gauche. Varicocèle pelvienne. Rein flottant.

XXXV. — Couturière âgée de 36 ans. Utérus antéfléchi et antéversé. Rein mobile.

XXXVII. — M^{me} M ..., âgée de 42 ans. Neuf enfants. Dernière couche prématurée à 8 mois. Il y a un an la malade avait des pertes rouges on l'a curetée. Il y a 2 mois nouvelles pertes rouges pendant 5 à 6 jours. Douleurs de côté gauche. Pertes blanches. Utérus gros mobile; empatement dans le cul de sac postérieur. Rein mobile.

XXXVIII. — Lingère, âgée de 22 ans. Régée à 18 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche. La malade a vu une fois à 18 ans, puis pendant dix mois elle n'était pas réglée. Puis les règles sont revenues mais très irrégulières. Beaucoup de pertes blanches, douleurs dans le bas ventre. Utérus anteversé; annexe double. Rein mobile.

XLI. — M^{me} M..., âgée de 21 ans. Régée à 13 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche; mariée depuis 3 mois. Pesant dans le bas ventre, souffre en urinant. Utérus petit rétrofléchi, douloureux. Rein mobile.

XLIII. — Cigarière, âgée de 30 ans. Régée à 13 ans irrégulièrement. Pas de fausse couche. Un enfant il y a 12 ans. Depuis règles abondantes et douloureuses. Douleurs dans le bas ventre, surtout à gauche et aux reins depuis deux mois. Utérus, petit, légère bride à gauche, antéfléchi et antéversé. Rein mobile.

XLIV. — Domestique, âgée de 21 ans. Régée à 15 ans. Un enfant il y a deux mois. Douleurs dans le ventre depuis trois

semaines. Pesanteur dans le bas ventre, douleurs aux reins. Utérus gros, antéfléchi. Salpyngite gauche. Rein mobile.

XLV. — M^{me} X..., âgée de 26 ans. Régée à 13 ans irrégulièrement. Pertes blanches avant son accouchement il y a 5 mois. Métrite puerpérale. Utérus antéfléchi ; ptose des ovaires. Rein droit abaissé.

XLVII. — Couronnière, âgée de 25 ans, trois enfants. Pas de fausse couche. Dernier enfant il y a 15 mois. Bien réglée. Pertes depuis dix jours. Pesanteur pelvienne. Douleur en urinant. Utérus rétroversé, légère rétroflexion. Éventration manifeste. Rein droit mobile.

XLVIII. — M^{me} X..., âgée de 37 ans. Régée à 12 ans. Un enfant. Pas de fausse couche. Elle était soignée pour une métrite il y a 3 ans. Depuis un mois douleurs dans les reins, dans le bas ventre. Brûlure en urinant. Utérus antéfléchi. Ovaire en prolapsus. Rein mobile.

XLIX. — M^{me} R..., âgée de 23 ans. Régée à 11 ans régulièrement. Deux enfants ; il y a trois mois pertes de sang. Utérus antéfléchi couché à droite souple, mobile. Rein abaissé.

L. — Baigneuse, âgée de 36 ans. Régée à 13 ans. Trois enfants. Une fausse couche. Les règles avancent de 6 à 10 jours. Très constipée. Douleur, pesanteur dans le bas ventre. Douleurs dans les reins et dans les cuisses. Pertes jaunâtres depuis 6 semaines. Utérus rétrofléchi et rétroversé. Col petit. Un peu d'empatement à gauche. Métrite. Rein mobile.

LI. — Jounalière, âgée de 24 ans. Régée à 15 ans, deux enfants. Une fausse couche. Mal réglée. Pertes blanches. Utérus retro-flechi. Cul-de-sac droit douloureux. Rein droit mobile.

LIII. — Soudeuse, âgée de 40 ans. Réglée à 17 ans régulièrement. Dix enfants. Fausse couche il y a un mois. Depuis ses règles sont devenues irrégulières, abondantes, douloureuses. Dernières règles, après un retard de trois semaines. Douleurs dans le bas ventre. Utérus gros, antéfléchi. Annexite surtout à droite. Rein mobile.

LV. — Cuisinière, âgée de 36 ans. Réglée à 13 ans. Pertes blanches abondantes. Pas de fausse couche. Douleurs aux reins très nerveuse. Utérus rétrofléchi. On sent l'ovaire en arrière et à droite. Rein mobile.

LVI. — Cuisinière, âgée de 38 ans. Réglée à 15 ans régulièrement. Quatre enfants, pas de fausse couche. Depuis, ses règles sont devenues abondantes, durant huit jours. Pertes blanches abondantes, Pesanteur dans le bas-ventre. Métrites utérus rétrofléchi. Rein droit abaissé.

LIX. — M^{me} G... âgée de 29 ans. Règles irrégulières. Deux enfants, une fausse couche avant sa dernière couche, dernier accouchement il y a 6 ans. La malade n'est pas réglée depuis deux mois. Douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite. Pertes blanches abondantes. Col gros, légèrement ouvert. Utérus antéversé. Paroi abdominale relâchée. Rein mobile.

M^{me} G..., âgée de 48 ans, Réglée à 14 ans. Pas d'enfants pas de fausse couche. Il y a 15 ans, péritonite. Métrite il y a 10 ans Peu de pertes blanches. La malade n'a pas revu ses règles depuis trois mois. Douleur dans le ventre à droite. Constipée. Utérus antéfléchi, colpetit. Deux reins flottants.

LXIII. — Brodeuse, âgée de 33 ans. Réglée à 15 ans. Trois enfants. Depuis bien réglée. Une fausse couche de trois mois

il y a six ans. Douleurs dans le ventre depuis sa fausse couche.
Utérus prolabé. Rein droit abaissé.

LXIV. — Ménagère, âgée de 51 ans. Régée à 18 ans. Six enfants; deux fausses couches. Perturbation dans les règles depuis cinq ans. La malade est réglée tous les quinze jours et abondamment. Pertes blanches depuis deux mois. Douleur dans le ventre et au rectum. Très nerveuse. Utérus petit, mobile, antéfléchi. Rein mobile à droite.

LXV. — Employée de commerce, âgée de 22 ans. Régée à 14 ans. Un enfant il y a trois ans. pas de fausse couche. Pertes blanches dans les intervalles des règles. Douleurs dans le ventre et aux reins. Elle était soignée pour une métrite il y a trois ans.
Utérus gros, antéfléchi. Métrite. Rein mobile.

LXVI. — Couturière, âgée de 28 ans. Régée à 11 ans. Un enfant à dix-huit ans. Pas de fausse couche. Pertes blanches. Métrite blennorrhagique à 20 ans. Dyspepsie. Depuis mal réglée. Douleurs dans le ventre de deux côtés et aux reins. Utérus antéversé. Reins mobiles.

LXVII. — Régée à 15 ans régulièrement. Quatre enfants. Une fausse couche. Depuis la dernière couche douleurs dans le bas ventre. Pas de pertes blanches. Utérus abaissé, mobile. Rein mobile.

LXVIII. — Couturière, âgée de 29 ans. Régée à 13 ans. régulièrement. Il y a deux ans, la malade avait une inflammation de l'utérus suivie de péritonite. Pertes blanches. Un enfant il y a un an. Jamais de fausse couche. Pesanteur dans le bas ventre, digestion difficile. Envie de dormir. Utérus couché du côté droit. Salpingite gauche. Rein droit abaissé.

LXIX. — Femme de chambre, âgée de 32 ans. Régée à 15 ans. Pas d'enfants. ni fausse couche. Métrite avec cystite il

y a deux ans. La malade se plaint de douleurs dans le bas ventre, dans les cuisses. Pertes blanches, utérus rétrofléchi, douloureux ; atrésie complète du col utérin. Rein droit mobile.

LXX. — M^{me} X..., âgée de 30 ans. Régulée à 17 ans régulièrement. Deux accouchements ; deux fausses couches. Pertes blanches, douleurs dans le bas ventre et aux reins. Utérus antéfléchi, antéversé. Rein droit abaissé.

LXXV. — Soudeuse, âgée de 23 ans. Régulée à 13 ans. Un enfant ; pas de fausse couche. Depuis son mariage douleurs dans le ventre et pertes blanches. Anémique, mal réglée ; douleurs lombaires, très nerveuse. Rétroflexions, rein mobile.

LXXIV. — Ménagère, âgée de 30 ans. Métrite il y a 8 ans, un an après son premier accouchement. Deux enfants depuis, pas de fausse couche. Douleur et pesanteur dans le bas ventre ; constipée. Utérus mobile, antéfléchi ; ovaire, trompe gauches abaissés. Rein droit mobile.

LXXXI. — M^{me} X..., âgée de 35 ans. Régulée à 14 ans. Toujours bien réglée. Six enfants, dernier il y a un an. Fausse couche il y a 4 mois, depuis pertes blanches, douleurs dans le bas ventre. Maux de tête, étourdissements, tremblements des mains. Cauchemars la nuit. Utérus rétrofléchi ; ancienne salpyngite gauche. Rein droit abaissé.

LXXXII. — M^{me} J..., âgée de 35 ans. Régulée à 13 ans, toujours bien réglée. Deux enfants, un mois après la dernière couche, une hémorrhagie. Phlébite. Pertes blanches, fétides ; douleurs dans le bas ventre à gauche et aux reins. Utérus antéfléchi, col gros ; rien aux annexes. Rein droit mobile.

CONCLUSIONS.

1) Le rein mobile est fréquent chez les femmes atteintes d'une affection génitale.

2) L'affection génitale est souvent la cause de rein mobile.

3) En traitant l'affection génitale il faut, avoir soin de bien examiner les reins qui, dans les cas de mobilité, rendent souvent le traitement de l'affection génitale inefficace.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
G. POUCHET.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN. — Etude sur le rein mobile. *Ann. des org. gén. urin.*, 1895.
- ALBARRAN. — Rein mobile. Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet.
- DUCHESNE. — Contribution à l'étude du rein mobile. Diagnostic, traitement. *Thèse de Paris*, 1892.
- FARRAGI. — Rein mobile. *Thèse de Paris*, 1893.
- GLENARD. — Ptoses viscérales.
- KNAPP. — *Klinische besbachtungen über vandernieren der frauen*.
- LINDNER. — Vanderniere der frauen. Berlin, 1887.
- LANDAU. — Rein mobile chez la femme. Berlin, 1881.
- MATHIEU. — Etude clinique sur le rein mobile. *Soc. méd. des Hôp.*, 8 décembre, 1893.
- MATHIEU. — Statistique sur la pathologie du rein mobile. *Semaine méd.*, 1893.
- THIRIAR. — Troubles de l'appareil génital de la femme, consécutifs au rein mobile, *Mercredi méd.*, 12 octobre 1892.
- TUFFIER. — Formes cliniques et diagnostic du rein mobile, *Semaine méd.*, 1891.
- VOLKOFF et DELÉTYNE. — La pathogénie du rein mobile. (1 vol. en Russe).
- WALCH. — Etude clinique du rein mobile. *Thèse de Paris*, 1896.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN
